PROGRAMA DE IDAHO WIC
SALUD y NUTRICIÓN
NIÑOS (1-5 años)

FORMA 133S (05/99)

Nombre del Niño	Edad	Client #

DISCRECIONAL

WIC USE ONLY

computer fields
OPT = Optional

DOB _____

Ht/Lgth _____

Wt _____

Hgb/Hct _____

PROT _____

CALC _____

IRON _____

VITC _____

VITA _____

Brth Lgth (OPT$2 yr) _____

Brth Wt (OPT$ 2 yr) _____

(BF Data is OPT)

Ever BF: Y N U

Start Formula _____

Stop BF_____

Why _____

RISK FACTORS
_____
_____
_____
_____

INSTRUCCIONES: Favor de contestar las preguntas de cada lado de este cuestionario. Sus respuestas nos ayudarán a determinar la salud de su niño y sus necesidades nutritivas para el programa de WIC. Toda la información será confidencial.

1. ¿Quién es el doctor de su niño? _____
2. ¿Esta el niño al día con sus vacunas? **9 si 9 no**

(28/45) 3. Describa cualquier tipo de problemas de salud que ha tenido este niño (sin incluir (90/91/93) catarros o gripa) _____

(47) 4. Indique cualquier hierba/s, vitamina/s o medicina/s que toma este niño:
9 hierbas: _____ 9 hierro 9 fluoruro 9 píldoras de vitaminas
9 nombre de medicina _____

5. Indique los alimentos que come este niño:
leche o queso verduras frutas carnes o proteinas pan o cereales
comida de adultos comida de niños comida de bebés (47)

(47) 6. Indique la clase de leche que generalmente toma este niño:
baja en grasa (1% ó 2%) sin grasa (skim) leche natural (sin estar procesada)
leche de cabra leche (con vitamina D) leche de soya leche Láctea (49)

(47) 7. ¿Generalmente toma este niño más de 12 oz. de jugo al día? **9 si 9 no**

8. ¿Le preocupa la alimentación de su niño o su hábito de comer? _____
_____

(Many) 9. Esta en una dieta especial este niño? **9 si 9 no** En caso de si, cual: _____

(36) 10. ¿Usa biberón este niño? **9 si 9 no** En caso de si**,** cuando: _____

(35) 11. ¿Tiene dientes podridos este niño? **9 si 9 no**

(47) 12. ¿Este niño come barro, pedacitos de pintura, tierra, u otras cosas que no son alimentos?
9 si 9 no

13. Indique si su niño tiene problemas con:
tragando se asqea excrementos duros o suaves vomitando

14. ¿Este niño se puede dar, asi mismo de comer? **9 si 9 no** (47)

15. ¿Quién generalmente prepara la comida para este niño? _____

16. Si es menor de dos años:

(27) ¿Cuánto pesó este niño al nacer? _____ ¿Cuánto midio? _____

El Programa WIC es un proveedor y empleador de igual oportunidad.

REGISTRO DE NUTRICION DE 24 HORAS

NIÑO

Escriba todo lo que su niño comió o tomó el día anterior a la cita.

Si no es como generalmente come su niño, escriba lo que generalmente come durante un día.

Especifique bien, y escriba un alimento por línea. Vea el siguiente ejemplo.

HORA	COMIDA	CANTIDAD	PROTEIN	CALCIUM	IRON	VITC	VITA	OTHER	GRAIN	ECAL
12:30 pm	carne de sandwich (pavo)	2 rebanadas								
	pan	2 rebanadas								
	manzana	1/2								
WIC CLINIC USE		TOTAL (circle if low)								
		ADEQUATE 1 - 3 yr	2	3	10	1	0.5	---	---	---
		ADEQUATE 4 yr	2	2	7	1	0.5	---	---	---

Child Name: _____ WIC Staff Signature (CPA): _____ Date: _____